

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 85

Hernie épiploïque crurale intrasacculaire libre.

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Janvier 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marc VAREILLES 

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

né le 21 Avril 1896 à CREST (Drôme)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1926

HERNIE ÉPIPLOÏQUE CRURALE
INTRASACULAIRE LIBRE

Hernie épiploïque crurale intrasacculaire libre.

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Janvier 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marc VAREILLES 

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

né le 21 Avril 1896 à CREST (Drôme)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRE

Stomatologie	TELLIER
--------------------	---------

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PATEL, président; BONNET, assesseur.
DUNET et CHALIER A., agrégés.



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

En souvenir de nos années de collégien, nous lui disons toute notre affectueuse tendresse.

A MON PÈRE

Sa vie toute de travail et de dévouement est pour nous un exemple; il nous a appris à aimer le travail, à le varier. Qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

A MA MÈRE

Elle est l'âme de notre famille. C'est une maman toujours dévouée à ses enfants et petits-enfants. Pour nous elle fut aussi un guide moral et nous lui devons notre bonheur.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DES 279^e ET 54^e RÉG. D'INFANTERIE
(1915-1919)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE PATEL,

Professeur de Chirurgie opératoire

à la Faculté de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous a aidé de toute son expérience, et nous fait l'honneur d'en accepter la présidence

A l'hôpital de la Croix-Rousse, il fut pour nous un maître bienveillant, à l'enseignement clair et précis.

C'est avec émotion que nous nous souvenons qu'en juillet 1923, il fut pour nous un chirurgien habile et patient.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE LYON

MM. TRILLAT, *Accoucheur des Hôpitaux.*

GONNET, *Accoucheur des Hôpitaux.*

FROMENT, *Médecin des Hôpitaux.*

PAVIOT, *Médecin honoraire des Hôpitaux.*

LECLERC, *Médecin honoraire des Hôpitaux*
(in memoriam).

Externat 1920-1923

MM. PATEL, *Chirurgien des Hôpitaux (2 semestres).*

TIXIER, *Professeur de Clinique chirurgicale.*

ROQUE, *Professeur de Clinique médicale.*

ROUBIER, *Médecin des Hôpitaux.*

PEHU, *Médecin des Hôpitaux.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE GRENOBLE

Internat

SEMESTRE D'HIVER (1923-1924) :

MM. PEYRIN, *Accoucheur des Hôpitaux.*

SAPPEY, *Accoucheur des Hôpitaux.*

SEMESTRE D'ÉTÉ (1924) :

MM. CORNELOUP, *Médecin des Hôpitaux.*

AUDAN, *Radiologiste des Hôpitaux.*

SEMESTRE D'HIVER (1924-1925) :

MM. PERRIOL, *Professeur de Clinique chirurgicale.*

BONNIOT, *Chirurgien des Hôpitaux.*

SAUVAGE, *Chef de Clinique chirurgicale.*

SEMESTRE D'ÉTÉ (1925) :

M. SIGAUD, *Chirurgien des Hôpitaux.*

MM. MARTIN, *Chirurgien Urologiste des Hôpitaux.*

JUVIN, *Médecin des Hôpitaux.*

AMABERT, *Médecin des Hôpitaux.*

KUENTZ, *Radiologiste des Hôpitaux.*

FERRIEUX, *Chef de Clinique chirurgicale.*

HERNIE ÉPIPLOÏQUE CRURALE INTRASACCAULAIRE LIBRE

INTRODUCTION

Lorsque M. le Professeur Patel présenta à la Société de Chirurgie un malade qu'il avait opéré dans son service pour « *hernie épiploïque crurale, intrasacculaire libre* », il terminait ainsi sa présentation : « Quoiqu'il en soit, ces cas paraissent très rares, puisque je n'en ai trouvé aucun signalé dans la littérature médicale. C'est une page nouvelle à inscrire dans l'histoire déjà longue des kystes sacculaires. »

Ce modeste travail a pour but de relater ce cas intéressant, probablement unique, d'en faire une description anatomique, et surtout essayer d'en préciser la pathogénie.

En vue de ce dernier but, nous publions deux observations : l'une de M. le Professeur Agrégé Paul Bonnet, l'autre de M. le Docteur Michon, chef de Clinique gynécologique de la Charité. Ces deux observations mériteraient de faire le cadre d'un travail important sur les torsions épiploïques intrasacculaires libres, en les rattachant à l'étude des torsions intra-abdominales du grand épiploon (*Thèse de Bouchet, Lyon 1925*). Mais, nous le répétons, ces deux observations, qui concernent tout de même des faits peu fréquents, ont surtout pour but de nous

faire comprendre le mécanisme de la *hernie épiploïque crurale, intrasacculaire libre*.

Dans cette thèse, nous avons écarté systématiquement :

1° L'examen histologique de la tumeur herniaire (contenant et contenu) : un tel compte rendu serait banal, et il nous entraînerait dans des longueurs inutiles.

2° Un chapitre de physiologie générale, sur la vitalité de la masse épiploïque, libérée de ses attaches normales, et vivant pour son propre compte, au niveau du triangle de Scarpa, dans un kyste sacculaire.

Grâce à M. le Professeur Patel, un long travail de recherches bibliographiques nous a été épargné. Soit dans son livre sur les Hernies, soit dans de nombreuses publications, il n'a jamais rencontré un tel cas. Notre bibliographie sera donc très courte et ce cas, peut-être unique, constituera le point de départ à une revue générale de la question, lorsque l'attention des chirurgiens aura été attirée sur l'existence possible de tels faits pathologiques.

En remerciant tous ceux qui nous ont aidé dans la rédaction de cette thèse, nous sommes heureux de remercier tout particulièrement M. le Professeur Agrégé Paul Bonnet, chirurgien des Hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, qui non seulement nous a communiqué une observation intéressante et complète, mais qui nous a aidé de ses conseils pratiques et de ses recherches bibliographiques.



Description clinique.

Hernie épiploïque crurale, intrasacculaire libre.

En 1865, sous l'inspiration de son maître Verneuil, Duplay entreprenait l'étude des tumeurs de l'aîne. Dans sa thèse, *Des Collections séreuses et hydatiques de l'aîne*, il entreprend leur classification très nette.

Se basant sur l'anatomie pathologique et la pathogénie, il identifie des pseudo-kystes sacculaires et des kystes sacculaires : « Ce sont des collections séreuses enkystées, formées dans des sacs herniaires déshabités et oblitérés à leur collet ».

D'autre part, en consultant les traités de pathologie externe, sur le contenu des hernies, on voit que souvent la portion d'épiploon contenu dans le fond du sac est renflée et comme son diamètre dépasse le calibre du collet du sac, comme elle a perdu sa souplesse et son extensibilité, on éprouve une certaine difficulté à la réduire, parfois même on n'y peut parvenir.

Presque toujours, quand l'épiploon est ainsi modifié, il présente des adhérences totales ou partielles avec la face interne du sac. Celles-ci, bien différentes de celles qui se produisent sur les anses intestinales herniées, s'établissent à la longue, sans que leur développement soit accompagné des signes qui révèlent une inflammation de la hernie ou une autre complication appréciable.

De la combinaison de ces deux mécanismes :

1° *Sac herniaire crural, séparé de la cavité abdominale (kyste sacculaire de Duplay) ;*

2° *Adhérences lentes de l'épiploon hernié dans le sac crural libre,*

IL RÉSULTE QUE : Il existe des kystes sacculaires qui renferment de l'épiploon complètement séparé de la cavité abdominale et formant une grosse tumeur indolore, gênante seulement par son volume. C'est le cas du malade opéré dans le service de M. le Professeur Patel, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et dont nous publions l'observation détaillée.

OBSERVATION I

D... P... Hilaire, 41 ans.

Entré le 16 octobre 1925 (Salle Amédée Bonnet).

Sorti le 7 novembre 1925.

Le malade est envoyé dans le Service par M. le Professeur Patel, qu'il était allé consulter pour une volumineuse tumeur de l'aîne.

Antécédents héréditaires : Rien de spécial,, cependant son père était porteur lui aussi d'une volumineuse hernie, qui ne fut jamais opérée.

Antécédents personnels : Bonne santé habituelle, cependant depuis une dizaine d'années le malade est sujet aux bronchites, et il dit être soigné pour de l'emphysème.

Pas de spécificité avouée. Il est marié. Sa femme a eu trois grossesses : deux à terme (enfants morts en bas âge), et une fausse-couche.

Histoire de la maladie : Il y a une quinzaine d'années environ, le malade remarque qu'il est porteur, à la racine de la cuisse droite, d'une petite tuméfaction, de la grosseur d'une noix : Cette tuméfaction n'était nullement douloureuse. C'est presque par hasard que le malade la découvre. Pensant qu'il s'agissait d'une hernie, et comme elle semblait réductible, il essaye de porter un bandage, pendant six mois environ. Mais le résultat est mauvais (bandage mal mis ou pas adapté au type de la hernie) et le malade ne tarde pas à le laisser de côté.

Il l'abandonne d'autant plus volontiers, que sa « hernie » reste indolore, et il finit même par ne plus s'en inquiéter.

Mais bientôt le malade s'aperçoit que la tuméfaction augmente assez rapidement de volume, en quelques mois, puis de nouveau arrêt de la progression. Il y attache d'autant moins d'importance, que cet accroissement de volume de la tumeur, paraît lié à une augmentation de son embonpoint (il pèse plus de cent kilogs).

Jamais cette tuméfaction n'a été douloureuse et malgré un interrogatoire serré, on ne trouve pas d'épisode aigu, faisant penser à une inflammation quelconque ou à un étranglement. Jamais de coliques, ni de vomissements, pas d'arrêt des matières et des gaz.

Mais le malade, qui est très gros, fait un travail pénible debout, et le soir il éprouve tout de même une gêne, une sensation de lourdeur dans la racine de la cuisse droite. C'est pour se faire débarrasser de cette tumeur qu'il entre à l'hôpital.

Examen local. — La tumeur occupe la partie supéro-interne de la cuisse droite; elle a le volume d'une tête de jeune enfant. Elle est plus ou moins ovoïde, son grand axe est parallèle à l'arcade crurale, au-dessous de laquelle elle se trouve.

Sa base d'implantation est large et au-dessous d'elle on peut pincer le cordon, qui semble se perdre dans la tumeur (*Voir la photo ci-jointe.*)

A son niveau, aucune modification de la peau; elle est mobile sur les plans profonds, mate et pseudo-fluctuante. Aucun signe de compression vasculaire, aucune douleur au cours des manœuvres d'exploration. La palpation de l'abdomen montre qu'il n'y a aucun prolongement du côté de la cavité péritonéale (*pas de corde épiploïque*).

En outre, cette tumeur indolore est irréductible et sans impulsion à la toux.

A gauche, examen négatif : orifices inguinaux élargis, mais libres.

En présence de cette tumeur qui occupait à la base du triangle de Scarpa le siège des hernies crurales, et étant donnés ses caractères de mobilité et d'indépendance avec la cavité abdominale, on porte le diagnostic de : *kyste sacculaire*.

Examen général. — Emphysème bilatéral marqué, sans bronchite aiguë surajoutée. A signaler des cicatrices d'adénites cervicales bilatérales.

Intervention, 20 octobre 1925 : Anesthésie locale.

On put très facilement isoler une poche, à parois épaissies, qui aboutissait par son sommet à l'anneau crural, en dedans de la veine fémorale. A l'ouverture, la paroi se montra lisse, unie, humide, avec un peu de liquide à l'intérieur; la cavité était occupée par une masse épiploïque fortement grasseuse, pesant 7 à 800 gr. Cette masse était entièrement libre, ne présentant aucune adhérence, aucun point d'attache du côté de l'anneau crural; elle s'énucléa sans aucune difficulté, comme un lipome. Le sac fut réséqué. Fermeture de la plaie opératoire.

Suites opératoires simples. Guérison sans aucun incident.

EN RÉSUMÉ :

Hernie crurale ancienne, jamais douloureuse.

Augmentation du volume de la tumeur, coïncidant avec un embonpoint marqué.

Tumeur irréductible ; cliniquement et opératoirement indépendante du canal crural.

Masse épiploïque intrasacculaire et libre.

Description anatomique.

1° TISSUS PÉRISACCUAIRES. — Leur aspect n'est pas changé. Le sac péritonéal est doublé par le septum crural et par le tissu cellulaire ambiant. C'est au niveau de ce tissu cellulo-grasieux, qu'existe un pédicule mal délimitable, mais peu résistant, par lequel la masse épiploïque intrasacculaire reçoit ses vaisseaux de néoformation.

2° LE SAC. — Il rappelle le sac déshabité, c'est-à-dire isolé du péritoine ; il forme une poche close, qu'il est possible d'extirper comme une tumeur, sans se préoccuper du contenu qui ne saurait venir du ventre.

Les rapports que les kystes sacculaires affectent avec le péritoine sont assez variables : tantôt la partie qui constituait le collet se trouve immédiatement en continuité avec le péritoine ; tantôt le kyste en demeure assez éloigné, de manière qu'il lui est uni par une sorte de pédicule plein ; tantôt enfin ce vestige de l'union du sac et du péritoine vient à disparaître, et, dans ce cas, l'origine du kyste peut être difficile à déterminer.

Chez notre malade, il n'y avait plus de vestige d'union entre le sac et le péritoine abdominal, mais l'origine était certaine, étant donné le contenu épiploïque.

Le sac présentait des parois épaissies, mais elles n'étaient pas denses avec dépôts fibro-cartilagineux, comme il est fréquent dans les kystes sacculaires.

(Observations in Thèse de Duplay).

3° LE CONTENU

a) Une grosse masse épiploïque, fortement graisseuse, ne présentant aucun point d'attache du côté de l'anneau crural. Pas de lésions inflammatoires, telles qu'on en trouve dans les Etranglements et les Inflammations de l'épiploon hernié.

b) On ne trouve même pas les signes de l'épiploïte *larvée de Velpeau* : l'épiploon intrasacculaire est libre, mou, il n'est pas parsemé de noyaux durs, scléreux. Il est de coloration normale, fortement graisseux, mais ceci n'a rien d'étonnant, ne prouve pas l'inflammation, car le malade est de forte corpulence.

c) Cependant, il y a un peu de liquide qui s'échappe à l'ouverture du sac, liquide incolore, séreux, peu abondant. Mais ce liquide n'est pas séro-hématique, ni même franchement hématique comme dans certains kystes sacculaires qui ont subi un processus inflammatoire.

4° ETAT DU COLLET DU SAC. — Dans le cas de notre malade, l'anneau crural perçu au moment de l'inter-

vention, est celui d'un sujet normal, c'est-à-dire que : limité en avant par l'arcade de Fallope, en arrière par la branche horizontale du pubis, en dehors par l'expansion que le ligament de Poupart envoie à la gaine aponévrotique du psoas, sous le nom de bandelette iléo-pectinée, on trouve en dedans le ligament de Gimbernat.

Ainsi délimité, cet anneau crural est presque entièrement rempli par les vaisseaux fémoraux : l'artère remplit la partie externe, et à l'état normal la veine occupe presque toute la moitié interne de cet anneau, au point de se mettre en rapport très voisin avec le ligament de Gimbernat.

— Au-dessous siègeait la hernie épiploïque intrasacculaire libre, elle occupait largement *l'infundibulum fémorali vasculaire de Thompson*. Normalement c'est un espace virtuel, ne renfermant que les lymphatiques ascendants du membre inférieur, et qui devient un canal, le canal crural, lorsqu'un sac herniaire s'y est insinué.

Ce canal est limité en avant par le fascia cribreux, mais dans les grosses hernies, cette membrane perforée, est largement franchie et la tumeur herniaire est directement sous la peau, dont elle n'est séparée que par une couche plus ou moins épaisse, de tissu cellulo-grasieux.

EN RÉSUMÉ. — *Canal crural fortement distendu par une volumineuse tumeur molle, mobilisable sur les plans profonds et par contre anneau crural, normal.*

A l'intervention, le doigt du chirurgien qui venait de reconnaître l'absence de pédicule péritonéal, perçut simplement en dedans des vaisseaux fémoraux, la très légère dépression qui existe normalement en dehors du bord tranchant du ligament de Gimbernat, au niveau du septum crural.

Etait-ce un processus pathologique, qui avait ainsi séparé la hernie épiploïque de son origine abdominale, ou un processus physiologique simple ?

Pathogénie.

Deux observations, concernant des malades opérés dans les hôpitaux de Lyon, vont nous servir de comparaison, avec le cas de notre malade. Ces deux observations (N^{os} II et III) ne constituent pas des faits isolés. Dans les traités de pathologie externe, dans les ouvrages sur les hernies, dans la thèse de Duplay, on en découvre de semblables. Mais ces deux cas ont été bien étudiés, et de leur pathogénie, admise par la plupart des chirurgiens, nous essayerons d'expliquer le mécanisme de la : *Hernie épiploïque crurale, intrasacculaire libre.*

CHAPITRE PREMIER

IL Y A DES CAS DE KYSTES SACCULAIRES (INGUINAUX OU CRURAUX), QUI SUCCÈDENT A LA TORSION DE L'ÉPI-PLOON ET A SON INFLAMMATION.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. le Professeur Agrégé Paul Bonnet),
Malade de la Clinique de M. le Professeur Tixier (1923).

Homme de 55 ans, présentant depuis toujours une volumineuse hernie inguinale droite. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, brusquement, le malade ressentit dans tout le ventre de violentes coliques irradiées le long de la cuisse et plus vives au niveau de l'anneau inguinal externe. En même temps que ces douleurs apparaissaient, la hernie qui, au dire du malade, sortait, devenait dure, chaude et il lui était impossible de la réduire. Il dut s'aliter.

Peu après survint un vomissement, il y aurait eu arrêt complet des matières et des gaz pendant 3 jours, ayant nécessité l'administration d'un purgatif.

Depuis le début de l'affection, le malade a dû garder le lit. Les douleurs ont toujours été très violentes, surtout au niveau du pédicule de la hernie et le médecin eut recours à l'application d'une vessie de glace.

A l'entrée : Tuméfaction inguino-scrotale droite, rouge, tendue, chaude, douloureuse à la pression, irréductible. On perçoit, à la palpation, une légère impulsion à la toux. On ne peut délimiter le testicule au sein de la masse scrotale, par contre on perçoit le pédicule de la tumeur, du côté de l'anneau inguinal externe. Le ventre est souple. L'état général malgré une température à 38°, reste bon.

On porte le diagnostic d'épiplocèle droite enflammée.

Intervention, 2 juin 1923 : Pour éviter, dans la mesure du possible la suppuration du foyer opératoire, on se propose d'opérer la hernie en se portant très haut, sur la portion inguinale.

Incision des fibres du grand oblique. Elles ne sont pas dissociées, mais résistantes, formant à l'orifice externe un anneau nacré dont la structure marque sur la fibreuse commune un sillon très net, blanchâtre.

On s'arrête net à ce niveau, car l'œdème considérable, verdâtre, indique que l'on approche du foyer infecté. On soulève tout le pédicule de la hernie, qui est très épais, très œdé-

matière, et l'on a beaucoup de peine, même en remontant très haut, à dissocier les éléments du cordon dans ce tissu lardacé, où l'on ne reconnaît presque plus rien. On parvient cependant à isoler ce que l'on croit être le sac et on l'ouvre.

Contrairement à ce que l'on attendait, on ne trouve pas un cordon épiploïque serré dans le sac, mais on voit, immobile mais libre dans la portion inguinale du sac, seule ouverte, un moignon épiploïque épaissi, blanchâtre, et l'on pense alors que l'on a affaire, non à une épiplocèle étranglée, mais à un *kyste sacculaire scrotal exclu et infecté*.

On ferme avec soin le sac péritonéal inguinal, en refoulant le moignon épiploïque et l'on aborde la partie scrotale, infectée, de la tumeur. On la prend de bas en haut en ramenant avec elle le testicule dont la vaginale est ouverte, mais saine. On la referme et l'on clive, de bas en haut, cette tumeur à coque blanchâtre, lardacée, ressemblant à une albuginée. Les éléments du cordon sont partiellement détruits au cours de cette dissection, mais on reconnaît très nettement le canal déférent et un pédicule vasculaire suffisant à assurer la conservation du testicule. La masse scrotale, ainsi libérée, ne tient plus en haut à la portion inguinale que par un pédicule filiforme et tombe dans la main.

Réfection de la paroi postérieure du trajet inguinal et du plan antérieur. Exclusion relative du foyer inguinal et du foyer scrotal. Double drainage.

La pièce scrotale ouverte montre qu'il s'agit d'une épiploïte suppurée, isolée dans la partie scrotale, exclue d'un sac herniaire, probablement à la suite d'une torsion de l'épiploon dans le sac.

L'épiploon semble s'être amputé à la faveur d'une torsion au niveau de l'orifice inguinal externe, de sa portion scrotale, rétractant dans le ventre le moignon qui montrait son nez à la fenêtre du sac ouvert.

Fendue par le milieu, la tumeur scrotale du volume d'une petite aubergine, se présente avec des parois extrêmement épaissies, blanchâtres, lardacées, faisant corps avec le contenu épiploïque, lui-même bourré d'abcès miliaires à son

extrémité libre et reconnaissable seulement au voisinage du pédicule.

En somme, il s'agit d'un kyste sacculaire à contenu épiploïque libre, avec épiploïte suppurée.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. le Docteur Michon, Chef de Clinique Gynécologique).

François D..., 73 ans, est amené d'urgence à l'Infirmierie de Porte, avec le diagnostic de hernie étranglée.

Il portait un bandage herniaire depuis quelques mois, bien que n'ayant pas de hernie manifeste. Quelques jours avant l'entrée, apparaît de l'œdème des bourses et une douleur le long du cordon.

En même temps, se formait une tuméfaction au niveau de l'orifice inguinal externe gauche.

Pas de signes de réaction péritonéale. Pas de vomissements. Pas d'occlusion nette.

A l'examen, on constate un œdème scrotal assez marqué et surtout une tuméfaction douloureuse du cordon, qui est du volume du pouce. Au niveau de l'épine du pubis existe une masse dure, douloureuse paraissant fixée : elle a le volume d'une petite mandarine et occupe l'orifice inguinal externe.

Il n'y a pas d'impulsion à la toux. On intervient avec un diagnostic imprécis.

Intervention, 25 juillet 1925. — Rachianesthésie : 0 gr. 05 Scurocaïne.

La masse est située au milieu des éléments du cordon qui sont dissociés et noyés au milieu d'un œdème inflammatoire, gélatineux.

La libération de la masse montre qu'il s'agit bien d'un sac herniaire, vraisemblablement très ancien, car les parois en sont scléreuses et très épaisses.

Ce sac contient du liquide citrin au milieu duquel se trouve une masse épiploïque enflammée. On se rend compte que ce fragment épiploïque est réuni aux parois du sac par un pédicule tordu plusieurs fois sur son axe, si bien qu'il se termine par un segment filiforme qui se rompt à la première traction.

Ce pédicule s'insérerait dans une dépression en cul de poule sans communication aucune avec la cavité péritonéale. D'ailleurs l'ablation du sac est possible sans que le péritoine soit ouvert.

Secondairement on ouvre le péritoine au-dessus : l'épiploon n'est pas adhérent.

Le cordon ayant été très dissocié, on pratique une castration gauche.

Reconstitution simple de la paroi avec drainage sous-cutané. Suites simples. Guérison.

EN SOMME : Il s'agit d'un kyste sacculaire complètement exclu, contenant un fragment d'épiploon atteint d'inflammation et tordu plusieurs fois sur son axe.

Bien que l'on ne puisse l'affirmer, il nous semble que le processus de torsion est ancien et n'est pas étranger à l'exclusion du sac et à la libération de ce fragment d'épiploon.

Les accidents récents semblent plutôt d'ordre inflammatoire (épiplocèle) et peut-être en relation avec le port du bandage.

De la lecture de ces observations, on dégage le mécanisme suivant :

« L'épiploon semble s'être amputé à la faveur
« d'une torsion et la formation de tels kystes saccu-

« laires n'est que le stade ultime de la torsion de
« l'épiploon, intraherniaire.

« Au niveau de la torsion (qui se fait elle-même
« au niveau du collet du sac), à la faveur de phéno-
« mènes vasculaires et aussi à la faveur de la stric-
« ture plus grande qu'exerce en ce point le collet du
« sac enflammé ou même les fibres tendineuses de
« l'orifice externe, l'épiploon se trouve amputé de
« son extrémité en même temps que le diverticule
« péritonéal devient kysté sacculaire.

« Si les phénomènes inflammatoires cèdent et si
« une vascularisation de fortune suffit à assurer la
« vitalité de l'épiploon ainsi isolé, un kyste saccu-
« laire à contenu épiploïque libre se trouve cons-
« titué. »

(In observation II déjà citée).

Mais dans les deux cas, il y a des phénomènes
inflammatoires qui commandèrent l'intervention.

CHAPITRE II

PAR OPPOSITION dans le cas de notre malade. (Observation I).

1° IL N'Y A PAS D'INFLAMMATION. — Jamais de phénomènes douloureux. Pas de troubles généraux. Pas de modifications locales faisant penser à un processus inflammatoire même lent.

2° IL N'Y A PAS DE TORSION. — A l'intervention, la masse épiploïque intrasacculaire est faiblement adhérente aux parois, sans torsion.

Il faut donc penser qu'il y a peut-être des étranglements mécaniques autres que la torsion où on ne retrouve aucun élément inflammatoire. C'est une sorte d'amputation lente par le collet ou la vive arête de Chassaingnac.

Peut-être y a-t-il des phénomènes d'ÉPIPLOÏTE CHRONIQUE, mais tellement atténués qu'ils passent inaperçus et qu'à l'intervention on ne les retrouve pas.

Par ce mécanisme, le collet du sac, d'extensible, souple, déplissable qu'il était au début, devient

rigide, fibreux, inextensible, adhérent ; et à son niveau le sac séreux perd sa couleur blanc-rosé et devient plus ou moins grisâtre, dépoli.

Cette épiploïte chronique atténuée est peut-être aussi la cause de l'adhérence partielle de l'épiploon dans le sac.

Plus tard, la hernie épiploïque se surcharge en graisse (*augmentation de l'embonpoint général*) et à partir de ce moment, la hernie est devenue irréductible, car outre l'augmentation de volume, il y a quelques adhérences et une tendance au resserrement au niveau du collet fibreux. Il y a donc deux masses épiploïques, l'une intra-abdominale, l'autre intra-herniaire faiblement réunies par un pont épiploïque et recevant séparément leur vascularisation.

—A LA RÉGION CRURALE, le collet du sac est soumis à des pressions normales et à des frottements et la coudure sur le bord tranchant du ligament de Gimbernat (vive arête de Chassaignac), va finir par user ce collet déjà très réduit, plus ou moins fibreux, et dès lors se sera constitué sans torsion, ni inflammation vraie une « *hernie épiploïque crurale, intra-sacculaire libre* ».

Si la grosse masse épiploïque herniée n'existait pas, la hernie serait guérie (le sac étant devenu indépendant de la grande cavité péritonéale). Certaines hernies congénitales disparaissent ainsi avec la croissance.

— Sans doute, il y a un peu de liquide à l'intérieur du sac, mais comme nous le disions dans notre Description anatomique, ce n'est pas du liquide séro-

hématique inflammatoire. Il s'agit simplement de la sérosité ordinaire, sécrétée par le sac péritonéal herniaire.

On comprend pourquoi notre malade vint consulter, simplement parce que sa volumineuse tumeur le gênait à la racine de la cuisse, contrairement à ce qui se produisit pour les deux malades des Observations II et III (surtout ce dernier), où l'inflammation aiguë du kyste sacculaire rappelait presque le tableau clinique d'un Etranglement herniaire et motiva une Intervention d'urgence.

Diagnostic.

Le diagnostic comporte la solution des questions suivantes :

- 1° S'agit-il d'une hernie ?
 - 2° Si on est en présence d'une hernie, est-elle bien crurale ?
 - 3° De quelle variété de hernie crurale s'agit-il ?
-

1° Nous citerons seulement quelques affections du pli de l'aîne qui peuvent simuler une hernie :

Kystes sébacés.

Gommes cutanées tuberculeuses ou spécifiques : mais ce sont des tumeurs très mobiles sans rapports avec les plans profonds, et l'examen général fera faire le diagnostic.

anévrismes de l'artère fémorale : tumeurs pulsátiles et expansion.

Lymphangione kystique.

Abcès froid : Examiner le malade au point de vue du mal de Pott, coxalgie et penser à la tuberculose juxta-coxale.

Lipomes : d'ailleurs ceux-ci accompagnent parfois les sacs herniaires, leur diagnostic n'est après tout pas indispensable, puisque dans tous les cas l'intervention est indiquée.

Adénopathies du ganglion de J. Cloquet : Chercher la cause dans une écorchure au niveau de la région ano-périnéale. Interrogatoire et surtout recherche clinique pour savoir s'il existe ou non un pédicule.

Distension variqueuse de la veine saphène interne à son embouchure : sans doute il y a réduction à la pression et augmentation à la toux ; mais c'est une tumeur molle, sans pédicule et à la jambe et à la cuisse du même côté, on trouve de grosses varices.

2° S'agit-il bien d'une hernie crurale ?

Utiliser le repère classique de la ligne de Malgaigne et dans les cas où ce repère n'est pas net (femmes grasses), pratiquer un bon examen anatomique de la région qui lèvera les doutes : repérer le pubis, l'artère fémorale, et le cordon, tels sont les trois points importants.

3° De quelle variété de hernie crurale s'agit-il ?

Actuellement, la question est relativement peu importante, puisque on opère dans tous les cas.

Cependant dans le cas de notre malade, on fût amené à porter le diagnostic de kyste sacculaire, en raison des faits suivants : la tumeur avait été réductible un certain temps (port d'un bandage), puis elle avait cessé complètement de l'être, elle était molle, pseudo-fluctuante, mate.

Sans doute, on aurait pu essayer l'épreuve, de la perméabilité à la lumière, si pratiquée autrefois (VERNEUIL, GOSSELIN, DUPLAY), mais seul importait le diagnostic clinique de kyste péritonéal hernié, indépendant de la grande cavité péritonéale.

Traitement.

Il n'offre rien de particulier et nous retiendra peu.

Tous les chirurgiens sont d'accord, actuellement, pour admettre que la hernie crurale ne disparaissant jamais par le bandage, doit être opérée dans tous les cas.

Les seules contre-indications opératoires viennent de l'état général.

Mais, étant donné que l'intervention est bénigne, une anesthésie locale (régionale) suffit, on peut dire qu'il n'y a pas de contre-indications, pour la « hernie épiploïque crurale intrasacculaire libre ».

CONCLUSIONS

I. — La « hernie épiploïque crurale intrasacculaire libre » constitue une rareté. Nous n'en avons pas trouvé d'autre cas publié dans la littérature médicale.

II. — Cliniquement, elle se présente sous l'aspect d'une tumeur irréductible, non douloureuse, située au niveau du triangle de Scarpa. Elle est mobile sur les plans profonds, mate et pseudo-fluctuante, sans impulsion à la toux. La palpation abdominale montre qu'il n'y a aucun prolongement du côté de la cavité péritonéale.

III. — A l'intervention, on trouve une poche à parois épaissies, aboutissant par son sommet à l'anneau crural, mais indépendante de lui.

La cavité de cette poche est occupée par une masse épiploïque, fortement grasseuse, sans signes macroscopiques d'inflammation. Cette masse, entièrement libre, ne présente aucune adhérence, aucun point d'attache du côté de l'anneau crural.

Elle s'énucléa sans difficulté comme un lipome.

IV. — Dans l'histoire clinique, on ne relève aucun phénomène douloureux, pas de troubles généraux ; il n'y a aucune modification locale pouvant faire penser à un processus inflammatoire même lent.

ON PEUT DONC SUPPOSER QU'IL S'EST AGIT DANS NOTRE CAS D'UNE SORTE D'AMPUTATION LENTE PAR LE COLLET DU SAC ET LA VIVE ARÊTE DE CHASSAIGNAC, CONSTITUÉE PAR LE BORD TRANCHANT DU LIGAMENT DE GIMBERNAT.

V. — Le diagnostic clinique posé a été celui de kyste sacculaire, et à l'intervention, on trouva une masse épiploïque libre intrasacculaire.

Le traitement opératoire n'offre aucun point particulier.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	M. PATEL.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 Décembre 1925.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDIER. — *Thèse Lyon*, 1903-1904.
- BOUCHET. — *Thèse Lyon*, 1925.
- DUPLAY. — *Thèse Paris*, 1865. « Des collections séreuses et hydatiques de l'aîne ».
- DUPLAY et RECLUS. — Pathologie externe.
- FIÈRE. — *Thèse de Lyon*, 1922.
- FOLLIN et DUPLAY. — Pathologie externe, tome VI.
- GOSSELIN. — Leçons sur les hernies, Paris, 1865.
- PATËL. — Traité des Hernies, 1924 (*In Le Dentu et Delbet*).
- TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique.
- TUFFIER. — *Société de Chirurgie*, 1901.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	9
Description clinique.....	11
Anatomie.....	17
Pathogénie.....	21
Diagnostic.....	31
Traitement.....	33
Conclusions.....	35
Bibliographie.....	37
